7 11

Travail de la Clinique du Professeur Janselme

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DEMOLY
Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Interne de Saint-Lazare
Né à Paris le 14 mai 1901

Le Traitement de certaines Dermatoses prurigineuses par la Bromothérapie intraveineuse

Président : E. JANSELME, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

Travail de la Clinique du Professeur Janselme

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DEMOLY

Ancien Externe des Hôpitaux
Ancien Interne de Saint-Lazare
Né à Paris le 14 mai 1901

Le Traitement de certaines Dermatoses prurigineuses par la Bromothérapie intraveineuse

Président : E. JANSELME, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15
—
1928

LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentle
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
VILLARET . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

En signe de tendresse et de reconnaissance.

A MES FRÈRES

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Hommage de gratitude pour les enseignements qu'il nous a prodigués et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES :

M. le Docteur André HOVELACQUE

Professeur agrégé d'anatomie
Chef des travaux pratiques d'anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris

Qu'il trouve ici l'expression de l'affection respectueuse que nous lui portons, en reconnaissance des enseignements et des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant tout le cours de nos études.

M. le Docteur André MARTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Qui fut notre maître des premiers jours et qui ne cessa de nous guider de ses conseils éclairés. Nous sommes heureux de lui témoigner ici, l'attachement respectueux que nous lui portons, en souvenir de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

Hôpital Cochin : M. le Professeur DELBET.
Hôpital Beaujon : M. le Professeur ACHART.
Hôpital Tenon : M. le Docteur ANDRÉ MARTIN, chirurgien des Hôpitaux.
— M. le Docteur RICHE, chirurgien des Hôpitaux.

EXTERNAT :

1923-1924. Hôpital de la Pitié : M. le Professeur VAQUEZ, médecin des Hôpitaux.
1924-1925. Hôpital Tenon : M. le Dr GUY LAROCHE, médecin des Hôpitaux.
1925-1926. Hôpital Bichat : M. le Docteur BRÜHL, médecin des Hôpitaux.
— Hôpital de la Charité : M. le Docteur LEVANT, accoucheur des Hôpitaux.
1926-1927. Hôpital Trousseau : M. le Dr PAPILLON, médecin des hôpitaux.
— Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur JEANSELME, médecin des Hôpitaux.
1928. Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur JEANSELME, médecin des Hôpitaux.
1926-1927-1928. Hôpital Tenon : M. le Dr TOURAINE, médecin des Hôpitaux.
(*Consultation de syphiligraphie*).

A MES MAITRES DE SAINT-LAZARE

M. LE DOCTEUR LEVY-BING

Médecin de Saint-Lazare

En reconnaissance des conseils éclairés qu'il nous a donnés, et en signe d'attachement respectueux et dévoué.

M. LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

Médecin de Saint-Lazare
Médecin de l'Hôpital Saint-Michel

En témoignage de respectueuse déférence et en reconnaissance des enseignements qu'il nous a prodigués.

A M. le Docteur BURNIER

Ancien chef de clinique à l'Hôpital Saint-Louis

A qui nous devons l'inspiration et le meilleur de ce travail, en témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

LÉPAGNOLE, chef de clinique et assistant des Hôpitaux.

MOUQUIN, FOUET, MARCERON, anciens chefs de clinique.

Georges LÉVY, MORIN, BRALEZ, WALLON, médecin et assistants du Dispensaire Toussaint-Barthélemy.

BAUDOUIN, DECLÉTY.

A MES AMIS DE TOUJOURS :

M. le Docteur M. LECONTE

MM. Pierre GEFFROY, Robert ESTACHY, Jean MOSSÉ

LE

Traitement de certaines Dermatoses prurigineuses

par la Bromothérapie intraveineuse

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas la prétention d'indiquer ici un traitement nouveau de toutes les dermatoses prurigineuses que l'on peut rencontrer dans la clinique journalière. Le cadre de ce travail forcément restreint ne s'y prêterait d'ailleurs pas.

Nous avons cru intéressant pourtant d'attirer l'attention sur les bons résultats obtenus à l'Hôpital Saint-Louis dans différentes dermatoses, à la suite d'injections intra veineuses d'une solution de bromure de strontium au 1/10. Les études que, grâce à la complaisance et aux conseils éclairés de M. le Dr Burnier, nous avons pu mener à bonne fin, portant sur un nombre déjà assez considérable de cas, ont montré que si toutes les dermatoses prurigineuses ne cèdent pas à ce traitement, du moins en est-il un bon nombre qui s'améliorent considérable-

ment donnant par là même au malade, un soulagement appréciable.

Ainsi qu'on le verra par les observations publiées par la suite, il est des succès partiels ou même des échecs, mais le nombre restreint de ceux-ci ne doit pas effacer les cas heureux, et faire rejeter une méthode nouvelle, qui paraît devoir donner des résultats encourageants et mériter de devenir une méthode nouvelle de thérapeutique dermatologique.

Nous tenons ici à remercier M. le Dr Burnier pour l'extrême amabilité qu'il a bien voulu montrer pour nous et le soin qu'il a pris de nous guider dans l'établissement de ce travail.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude du nouvel agent thérapeutique, nous insisterons sur ce fait, que nous nous sommes uniquement servi de la voie interne intraveineuse, à l'exclusion de toute autre topique ou de toute action locale. Nous croyons, en effet, après de nombreux auteurs que le traitement des différentes dermatoses prurigineuses, doit avant tout être un traitement interne auquel bien entendu peut s'ajouter une médication locale, agissant comme sédatif ou favorisant et accélérant l'action du traitement interne envisagé.

Il est en effet banal maintenant d'insister sur l'importance du terrain d'éclosion, et légions sont dès à présent les observations relatant les cas d'individus réfractaires, ou au contraire particulièrement sensibles aux différentes dermatoses. Là comme ailleurs, le tempérament propre du malade, fait qu'il réagit diversement à l'infection et fournit par là même des tableaux cliniques infiniment variés.

Le rôle capital que joue dans l'étiologie des dermatoses, le terrain du malade, l'importance des troubles gastro-intestinaux dans l'apparition de certaines dermatoses sont maintenant reconnus de tous les der-

matologistes. Mais si, pour devenir un bon dermatologiste, il est indispensable de connaître à fond sa gastro-entérologie, il est tout aussi nécessaire d'avoir étudié avec le plus grand soin, les différentes affections du système nerveux, les troubles neurologiques présentant un intérêt au moins aussi considérable que ceux de l'appareil digestif. Outre que l'apparition de diverses dermatoses peut coexister avec différents troubles du système nerveux, comme cela se rencontre fréquemment en clinique, il est un syndrome dont les relations avec le système nerveux central ne sont plus mises en doute par personne, c'est le syndrome prurigineux.

C'est justement cette étroite parenté existant entre le prurit et le système nerveux, qui a poussé les auteurs à rechercher tant au point de vue étiologique qu'au point de vue diagnostique, s'il n'existait pas un rapport de cause à effet entre ces deux affections.

Alibert et Hebra, le premier en 1835, le second en 1872, montrent l'importance capitale du système nerveux central sur l'évolution des différentes dermatoses prurigineuses et tout particulièrement sur l'eczéma. Ces auteurs firent remarquer qu'à chaque atteinte nouvelle du système nerveux, correspond bien souvent une aggravation de la dermatose envisagée. Spietz en 1926 a insisté sur l'heureuse action que présentait la diminution des douleurs dans l'évolution des dermatoses ; c'est lui qui à ce propos a montré que l'on peut injecter sans voir survenir de

complications, différents sels en particulier des sels de calcium dans l'œil d'un lapin, si l'on a pris soin auparavant de sectionner le trijumeau à ce niveau. C'est pour tirer profit de ces notions fondamentales que quelques auteurs avaient entrepris de calmer les démangeaisons parfois intolérables des malades, en leur donnant aux doses usuelles une solution de bromure de potassium ou de calcium, le bromure agissant dans ce cas comme sédatif du système nerveux central. Les choses en étaient là, lorsque le premier, Lebedief en 1921 eut l'idée de traiter les différents malades atteints de dermatoses prurigineuses, qu'il avait l'occasion de rencontrer, non plus en leur faisant absorber une solution de bromure par voie buccale, mais bien en employant la voie intraveineuse afin de pouvoir agir plus rapidement et plus brusquement.

Il fut d'ailleurs, raconte-t-il, poussé vers cette voie nouvelle par des considérations pratiques, la disette de médicaments qui sévissait à ce moment en Russie, nécessitant une âpre économie de la provision dont il disposait.

Les premiers résultats obtenus par lui furent si satisfaisants qu'il continua sa méthode, et publia ses premiers résultats dans le *Deutsche Wochenschrift* en 1924. La solution qu'il employa au début était une solution de bromure de sodium au 1/100. Les premiers essais portèrent sur un cas d'eczéma aigu et suintant. Dès la première injection il constata une amélioration considérable. La diminution du prurit,

la disparition du suintement, l'allure générale de la plaque eczémateuse, laissant prévoir une guérison prochaine qui se produisit vers la cinquième injection. Encouragé par ce premier résultat il entreprit son traitement sur une plus grande échelle. S'il obtint encore de nombreux cas heureux, il rencontra aussi des cas rebelles et décida alors d'augmenter la concentration de sa solution, n'employant plus par la suite qu'une solution au dixième de bromure de sodium dont il injectait à chaque piqûre 10 centimètres cubes. Les résultats favorables qu'il obtint se rencontrèrent surtout dans l'eczéma aigu, dans le psoriasis, dans l'urticaire, et nous verrons que dans nos observations personnelles nous ne tombons pas toujours d'accord avec lui. Par contre les formes chroniques, récidivantes se montrèrent réfractaires et Lebedief, conseille dans ces cas d'associer à la thérapeutique interne, les traitements externes et les applications locales.

Nombreux furent alors les auteurs étrangers qui à la suite de Lebedief tentèrent le traitement par sa méthode. C'est ainsi que Nobl et Löwenfeld agissant sur de nombreuses dermatoses, telles que le prurit essentiel, l'eczéma, l'intertrigo, le lichen plan, l'urticaire, enregistrèrent plusieurs cas de guérison et arrivèrent aux mêmes conclusions, constatant l'heureuse action des sels de bromure injectés dans les eczémas aigus, et les échecs qu'ils rencontrèrent dans les formes chroniques et récidivantes. Ces auteurs employaient d'ailleurs non le bromure

de sodium mais une solution du dixième de bromure de potassium. A leur suite d'autres auteurs, Russes et Allemands, tels que Matassius, Grassheim obtinrent eux aussi des résultats concordants.

Ce fut Lehnieds qui le premier employa le strontium comme méthode de traitement, montrant que ce corps possédait les mêmes qualités que le calcium par rapport à l'appareil circulatoire, sans en présenter les inconvénients. Grassheim et Barnhau montrèrent de plus qu'il possédait une action analgésique marquée, donnant les mêmes résultats que le baryum, sans les dangers que ce dernier corps comporte, ou que le magnésium sans s'accompagner de céphalée, si fréquente après l'emploi de ce métal.

Hartmann et Roques dans un important article paru dans la *Müncher Medizinischen Wochenschrift* en 1926, ont relaté les résultats obtenus par eux grâce à la bromothérapie intraveineuse. Sur 16 cas de prurit, ces auteurs ont obtenu 4 guérisons, 8 améliorations considérables, 2 améliorations légères et 2 échecs. Sur 16 cas d'urticaire, 5 guérisons ; sur 25 cas d'eczémas aigus, 13 guérisons et 7 améliorations considérables ; sur 20 eczémas chroniques, 2 guérisons seulement et 4 améliorations notables.

Wolff, d'autre part, dans un article sur la bromothérapie intraveineuse dans les dermatoses, daté de 1925 a obtenu de très bons résultats sur des eczémas chroniques de la face, sur des eczémas lichenifiés ainsi que sur des prurits essentiels et sur plu-

sieurs cas de lichen plan. Les mêmes résultats heureux furent obtenus par Hubschmann en 1925, sur des dermatites artificielles, des eczémas et des psoriasis.

Deselaers dans la *Deutsche Wochenschrift* de 1926, relate les résultats obtenus par lui sur 26 malades soumis au traitement, atteints de diverses dermatoses. Cet auteur rapporte qu'il a obtenu 17 guérisons complètes, 2 améliorations considérables, 7 échecs. Les malades soumis au traitement étant atteints d'eczémas aigus généralisés ou localisés à la face, de prurit simple généralisé ou localisé, enfin d'eczémas chroniques rebelles jusqu'alors au traitement.

Felugo en Italie et Toman en Russie obtinrent eux aussi des résultats intéressants par la bromothérapie intraveineuse.

En France, les expériences n'ont été tentées que depuis un an environ.

Dans un récent article, M. Burnier (*Bull. de la Soc. de Dermatologie*, nov. 1927) a publié les premiers résultats obtenus. Cet auteur relate avoir obtenu 4 guérisons sur 6 cas d'eczémas aigus traités, 2 améliorations considérables sur 4 cas d'eczémas chroniques, ainsi que de bons résultats dans des cas de prurits généralisés ou localisés et dans le lichen plan.

M. Sézary d'autre part, dans le *Bulletin médical* du 31 décembre 1927, relate les résultats obtenus par lui après injection de bromure de sodium au

dixième. Sur 16 cas d'eczémas, 13 résultats très intéressants sur le prurit ont été obtenus ; sur 2 cas de prurigo, une guérison ; sur 4 cas de prurit simple 2 guérisons, une amélioration et un échec.

Deux succès en face de prurit anal et vulvaire, ainsi que 2 améliorations considérables dans des pityriasis rubra de Hébra.

Cet auteur, d'autre part, relate que dans les formes chroniques, les résultats ont été beaucoup moins satisfaisants.

De tous ces travaux, il ressort que ce sont les eczémas aigus qui ont le mieux réagi à la bromothérapie, le lichen plan, les prurits, cédant eux aussi dans la majorité des cas à cette thérapeutique, l'urticaire et l'eczéma chronique paraissant plus difficiles à vaincre.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que la bromothérapie intraveineuse est une méthode thérapeutique qui mérite de retenir l'attention, et est capable dans de nombreux cas de fournir une amélioration considérable du syndrome prurigineux.

ACTION DU STRONTIUM

L'action physiologique du strontium n'a été étudiée que récemment, plus particulièrement par les auteurs allemands.

C'est Grassheim qui plus spécialement s'est occupé de la strontiumthérapie et de ses bases expérimentales.

La diminution de la sensation douloureuse, et de la sensibilité a la pression obtenue par cet auteur dans l'ostéopathie par l'administration de strontium repose d'après Boruttan et Grassheim sur une diminution de l'excitabilité aussi bien des nerfs moteurs que des nerfs sensitifs. Mais, et c'est là une des distinctions principales d'avec l'action du magnésium, c'est uniquement le long de leur parcours que le strontium agit, et non pas sur la terminaison des nerfs ; il ne possède pas d'action centrale. On conçoit par conséquent l'avantage qu'il y a à associer le strontium au brome pour ajouter à l'action sédative périphérique, une action sédative centrale.

Sur le système nerveux periphérique, l'action du strontium est beaucoup plus énergique que celle du calcium. La modification de la courbe de pression

sanguine après adrénaline, par l'injection préalable ou concomitante de chlorure de strontium, est notablement plus énergique que celle obtenue par les mêmes quantités de chlorure de calcium, aussi bien par l'intensité que par la durée de la réaction. C'est pourquoi au début, Grassheim employa une formule comprenant du chlorure de calcium et de l'urée, dans les affections dépendant du système végétatif, comme par exemple l'asthme bronchique ou les affections urticariennes. Les bons résultats qu'il obtint persistèrent même dans les cas où on avait supprimé le calcium.

L'action du strontium sur le cœur a été étudiée pardifférents auteurs, en particulier Grassheim, Salzmann et F. Haffner. Ces auteurs on constaté que le strontium, surtout à fortes concentrations, en solution de Ringer, exerce une action de contraction plus énergique que celle du calcium quand on le fait passer à travers un cœur en survie. La tendance à l'arythmie ne se rencontre pas lorsqu'on se sert de fortes concentrations de strontium comme lorsqu'on emploie le calcium.

Kempinski a essayé l'action du strontium dans l'asthme, et obtint des résultats des plus satisfaisants en faisant successivement 5 injections de 10 centimètres cubes faites à raison d'une tous les deux jours, il a vu dans la grande majorité des cas disparaître l'éosinophilie sanguine et la guérison survenir.

Tous ces auteurs sont donc d'accord pour attribuer au strontium une action calmante portant sur

le trajet des nerfs moteurs et sensitifs. C'est cette action qui liée à celle du bromure portant sur le système nerveux central qui peut expliquer les résultats heureux que l'on rencontre par l'association de ces deux corps dans des syndromes, tels que le syndrome prurigineux.

MÉCANISME

Une question pourtant demeure obscure, c'est le mécanisme par lequel agit le médicament. Agit-il par la simple action analgésique et calmante du bromure sur le système nerveux central, ou bien au contraire l'injection d'un sel de bromure ramène-t-elle l'équilibre d'un métabolisme pathologiquement atteint ? C'est en face de ces deux théories que l'on se trouve en présence.

Lebedief pense que le médicament agit directement sur le système nerveux central, comme sédatif. D'autres auteurs s'accordent à rattacher à l'action directe sur la peau, toute la valeur thérapeutique du médicament, d'autres enfin tels que Kharchanowsky et Matusis pensent que le bromure agit en combattant l'hyperacidité de l'organisme, et plus particulièrement l'excès du chlorure que l'on rencontre si fréquemment dans les différentes sécrétions de ces malades, tout particulièrement dans les glandes sudoripares. Kharchanowsky pense que l'eczéma étant dû à la perte de l'équilibre entre la quantité d'acides organiques contenus dans les humeurs, de celle contenue dans les espaces intracellulaires, le sel de bromure intervient en combattant l'excès d'acides

organiques et en ramenant l'organisme à un équilibre normal.

Toutes ces discussions sont loin d'être closes. Les recherches sont encore trop récentes et trop peu nombreuses pour que l'on puisse définitivement trancher la question.

Pourtant il est un fait dont on doit tenir compte dans la recherche du mécanisme de l'action des sels de bromure. C'est la prédilection marquée de ce corps pour le système nerveux. Si en effet on injecte un bromure à un animal et qu'on recherche ensuite ce sel dans les différents organes, on le retrouve en grande quantité dans le sang et dans les organes les plus vascularisés. Mais alors qu'on en trouve des doses assez fortes dans le foie ou le rein, il est un tissu qui semble le retenir tout spécialement c'est celui du système nerveux. En effet dans le tissu nerveux, le bromure se rencontre à doses plus fortes que ne l'explique la vascularisation de cet organe et il semble que le tissu nerveux ait une action élective pour fixer le bromure à son niveau. Ces constatations nous ont amené à penser que l'action des sels de bromure injectés par voie intraveineuse peut s'expliquer par la localisation de ce sel sur le système nerveux central, le corps agissant alors comme sédatif et analgésique.

Pourtant une autre question se pose. Nous avons constaté que l'action obtenue par le bromure de strontium était bien supérieure à celle obtenue par l'injection d'un autre bromure, soit de potassium,

soit de sodium, d'où il semble résulter que la nature du métal n'est pas absolument étrangère à l'action du médicament, et joue un rôle important dans le mécanisme de la thérapeutique, agissant alors sans doute par son action sédative sur les nerfs moteurs et sensitifs.

MM. Sézary et F. Benoist dans une récente communication à la *Société Médicale des Hôpitaux* après avoir passé en revue les différents mécanismes étudiés jusqu'alors, proposent une nouvelle hypothèse.

Ces auteurs ont pensé qu'à l'action neuro-sédative du bromure de sodium, corps avec lequel ils ont fait leurs recherches, pourrait s'associer l'action d'un choc semblable à celui que l'on constate au cours de l'autohémothérapie, ou à la suite d'injections intraveineuses de certaines substances.

Ces auteurs ont en effet constaté chez leurs malades, une chute brusque du nombre des globules blancs survenant dans l'heure suivant l'injection. Cette leucopénie, constituant un des éléments essentiels du choc hémoclasique, étant vraisemblablement due à l'hypertonicité de la solution bromurée étudiée et se rencontrant de façon constante.

Le fait que l'on constate chez certains malades des rechutes ou des récidives, vient à l'appui de cette théorie, le propre des médicaments internes agissant par choc ou par simple changement des conditions biologiques générales, étant d'avoir une efficacité inconstante et parfois passagère.

L'action heureuse de la bromothérapie intraveineuse sur le prurit et les diverses dermatoses prurigineuses, serait alors due à la conjugaison des effets neuro-sédatifs et désensibilisants des différents sels de bromure injectés.

Telles sont les différentes théories émises au sujet du mode d'action de la bromothérapie intraveineuse. Aucune n'est encore définitive, et nous nous contentons ici d'exposer les différentes hypothèses en présence, nous gardant, jusqu'à nouvel informé de prendre définitivement parti.

POSOLOGIE

Le médicament que nous avons employé à l'hôpital Saint-Louis est une solution de bromure de strontium au dixième. Plusieurs formules ont été successivement essayées.

Au début, nous avons surtout employé le « bromocerdesol » que les Drs R. et O. Weil de Francfort avaient aimablement mis à notre disposition et dont la composition était la suivante (chlorure de strontium, bromure de sodium, urée 1 gr. 25. Eau distillée q. s. pour 10 cm³).

Ultérieurement nous avons utilisé des ampoules préparées selon la formule :

Bromure de strontium . . .	1 gramme
Urée	1 —
Sérum physiologique. . . .	10 centimètres cubes

La présence de l'urée peut s'expliquer de différentes façons.

Elle agit diversement et son rôle, étudié par différents auteurs nous a paru intéressant à noter. D'après

Borruttau et Grassheim, l'urée aurait une action marquée sur le système nerveux végétatif, agissant dans ce cas comme sédatif.

De plus, pour Rosenthal, son action mécanique se traduirait en augmentant l'imperméabilité des vaisseaux ; ayant en outre pour Luithlen, une action antiphlogistique sur le derme ainsi qu'une action désensibilisatrice sur les différents nerfs cutanés.

C'est pour ces différentes raisons qu'à notre tour nous avons associé dans notre formule une certaine quantité d'urée au bromure de strontium. Après divers tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à la dose de 1 gramme pour 10 centimètres cubes, cette dose nous paraissant donner les meilleurs résultats.

Parmi ceux-ci il nous a semblé que les solutions comprennant une certaine proportion d'urée agissent plus efficacement, et plus rapidement que la solution pure de bromure de strontium.

La solution se présente comme un liquide incolore absolument transparent, relativement facile à stériliser, quoique cette solution ne supportant pas une température très élevée dépassant par exemple 120 degrés, on est obligé de stériliser à deux ou trois reprises successives à 100 degrés environ. La stérilisation à une température trop élevée amène en effet, l'apparition dans la solution envisagée, d'un précipité rendant le médicament absolument inutilisable.

Nous avons dit que l'injection doit se faire intra-

veineuse ; nous n'avons pas l'intention de décrire ici la technique de ces injections devenues d'un usage courant et journalier. Nous dirons simplement que l'injection doit se faire lentement et qu'on doit s'assurer avec le plus grand soin qu'aucune goutte du liquide ne passe à côté de la veine, car la solution est caustique et peut amener, à la suite d'une erreur de technique, des douleurs et des réactions assez vives chez le malade.

Reste la question délicate des doses qu'il faut employer. Nous injectons à chaque fois et dès le début 10 centimètres cubes de la solution, préparée d'ailleurs en ampoules de cette contenance. Les injections seront répétées dans les premiers jours quotidiennement, puis selon les indications de la clinique, on pourra les espacer plus ou moins, selon les résultats obtenus. De toutes façons, et nous insistons tout spécialement sur ce point, on peut sans aucun risque le répéter aussi fréquemment qu'on le jugera nécessaire.

Le médicament est en effet remarquablement supporté, et parfaitement inoffensif, pourvu toutefois que l'injection ait été poussée lentement et soigneusement. Jamais nous n'avons constaté le moindre incident consécutif à une piqûre, de même que jamais nous n'avons rencontré de signes d'intolérance.

Fait plus curieux, nous n'avons jamais vu apparaître consécutivement à la bromothérapie intraveineuse aucun accident de bromisme, pourtant si fré-

quents après la simple ingestion d'un bromure quelconque. Jamais nous n'avons pu constater ni éruption, ni bromides quelles qu'elles soient, ni d'ailleurs aucun autre de ces troubles consécutifs à l'ingestion de bromure, tels que somnolence, céphalée ou trouble cérébral quelconque que l'on voit souvent apparaître à la suite d'ingestion prolongée de bromure.

Il est pourtant un incident que l'on voit survenir de façon régulière et constante, et qui pour ainsi dire ne fait jamais défaut. C'est une sensation généralisée de chaleur qui apparaît durant l'injection ou immédiatement après, sensation souvent légère, parfois assez marquée pour indisposer le malade, mais qui ne dure que 30 à 60 secondes. A noter que cette sensation de chaleur disparaît presque complètement avec l'emploi de bromure d'ammonium.

Aussi pour éviter toute surprise désagréable, on fera bien de prévenir le patient de cette sensation parfois désagréable.

On voit donc que cette méthode de traitement n'offre aucun danger, qu'elle est indolore et ne trouble en aucune façon les occupations du malade. Aussi, nous avons cru bon d'étudier l'action obtenue par ces injections dans différentes dermatoses, encouragés que nous avons été dans cette voie par la parfaite tolérance du médicament.

Ainsi qu'on le verra par la suite, les résultats sont variables suivant la nature de la dermatose envisagée. Si dans certains cas nous avons essuyé

des échecs, toujours ou presque, nous avons noté chez le malade une amélioration qui, pour transitoire qu'elle fut quelquefois, n'en a pas moins toujours été notable donnant ainsi un soulagement appréciable.

RÉSULTATS

Après avoir ainsi étudié la nature même du produit employé, après en avoir décrit sa forme, son mode d'emploi, après en avoir montré la parfaite tolérance, nous allons maintenant publier les différents résultats obtenus par nous, grâce à ce nouveau mode thérapeutique.

Nous allons donc étudier les résultats obtenus dermatose par dermatose, et les façons variables dont les malades ont réagi au médicament.

Certes, toutes les dermatoses prurigineuses n'ont pas été soumises au traitement. Nous nous sommes contenté d'étudier l'action du bromure de strontium sur les dermatoses les plus fréquemment rencontrées.

D'autre part, et nous tenons à insister sur ce point tant que le malade a été soumis au traitement par la bromothérapie intraveineuse, il n'a fait l'objet d'aucun autre mode de thérapeutique dermatologique interne ou externe. C'est toujours à l'exclusion de tout autre traitement que nos observations ont été prises.

Quatre grandes dermatoses ont été l'objet de nos recherches : les eczémas aigus ou chroniques, géné-

ralisés ou localisés ; les prurits dits essentiels, ne s'accompagnant pas d'autres réactions cutanées, l'urticaire et le lichen plan.

Les résultats obtenus sont variables avec la nature de l'affection et son terrain mais pourtant ils sont encourageants et permettent parfois une guérison dont bien souvent on désespérait ainsi qu'on le verra par les chapitres qui vont suivre.

LES ECZÉMAS

Si l'influence du terrain est considérable dans l'étiologie des principales dermatoses, nulle part elle n'acquiert une importance aussi grande que dans celle de l'eczéma ou si l'on veut des eczémas.

C'est ainsi que chez certains, à la suite d'une cause externe irritante quelconque, on ne verra apparaître au point traumatisé qu'un érythème léger ou une dermite eczématiforme, évoluant rapidement vers la guérison, alors que chez d'autres cette dermite non seulement pourra persister après que l'action de l'agent irritant a cessé, mais encore elle pourra prendre une marche extensive, pourra se généraliser, devenir chronique et présenter tous les caractères de l'eczéma le plus rebelle.

On pourrait donc diviser schématiquement les individus en deux catégories différentes, selon leurs aptitudes réactionnelles vis-à-vis des agents irritants externes ou internes. Les sujets de la première catégorie se trouveraient dans un état physiologique leur conférant une immunité relative, les seconds, au contraire, présenteraient des conditions pathologiques constituant une prédisposition morbide.

Cette manière de voir simplifie les différentes

théories qui se trouvaient en présence au sujet de la nature de l'eczéma. L'ancienne distinction entre l'eczéma vrai, l'eczéma maladie et la réaction eczématiforme perd de son importance.

On sait, en effet, que Hebra et l'école de Vienne considéraient l'eczéma comme une affection n'ayant rien de spécifique, un mode de réactions cutanés à l'égard des agents les plus divers déterminable sur le premier individu venu.

Pour l'école française, au contraire, l'eczéma implique l'existence d'une sensibilité particulière de la peau, traduisant une altération des humeurs ou une diathèse.

C'est ainsi que Besnier voulut créer deux appellations distinctes, une : l'eczématisation traduisant l'eczéma réaction banale et transitoire des Viennois, l'autre l'eczéma-maladie pour dénommer l'eczéma des Français chronique ou récidivant lié à une condition particulière du terrain.

Mais en serrant les faits de plus près on est conduit à admettre l'existence de toute une gamme d'états intermédiaires entre ces deux formes extrêmes, et on constate que si l'on conservait la classification de Besnier, on serait conduit à classer dans des groupes différents, deux lésions absolument semblables. Dès lors il n'y a plus de différence entre l'eczématisation et l'eczéma vrai, il n'y a qu'une question de degré et tout eczématisation quelque manifeste en soit la cause et fugace l'évolution, semble participer de la même nature et mériter la

même appellation que l'eczéma le plus rebelle à marche chronique et récidivante.

On peut dès lors admettre que tout eczéma est l'expression d'un trouble humoral qui préexistait en puissance ; il a suffit d'une irritation locale ou générale, connue ou ignorée, pour déclancher la réaction cutanée et mettre en évidence une maladie jusqu'alors latente. Le mode de réaction cutanée n'étant alors que la sensibilisation plus ou moins durable de l'économie.

Telle est la façon dont on doit considérer l'eczéma actuellement. Sans pouvoir au juste préciser la nature de cette sensibilisation nous nous sommes attaqués à toutes les formes d'eczémas que nous avons rencontrés soit aigus, soit chroniques. Dans ce dernier cas, nos recherches ont porté sur des individus atteints depuis fort longtemps de leur lésion, qui avaient épuisé l'arsenal des topiques externes, onguents, pâtes et pommades, et nous avons pu même faire disparaître des lésions ayant résisté à la médication arsénicale ou iodo-iodurée par voie veineuse.

Avant de résumer ici nos observations, il nous paraît inutile de rappeler les différents traitements entrepris antérieurement contre l'eczéma, et sans en contester d'ailleurs l'efficacité, nous en trouverions, croyons-nous, l'énumération fastidieuse. Remarquons simplement que ce sont encore les traitements s'adressant au terrain (diète régime) qui ont donné les meilleurs résultats, l'usage des topiques

semblant de plus en plus relégué à un rang subalterne et adjuvant.

Nous ne citerons que le traitement des eczémas par les injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude, préconisées par Ravaut et qui ont d'après Missirlin donné dans 54 cas traités, 20 guérisons, et 17 améliorations considérables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Eczéma aigu, généralisé.

M..., 52 ans, ménagère.

Malade présentant une dermite eczémateuse généralisée très prurigineuse datant de huit jours. Le prurit intense est à prédominance nocturne. Comme traitement antérieur, on ne relève que l'application de pommades sans aucun résultat :

Le 13 novembre 1927, une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de bromure de strontium ;

Le 14 novembre 1927, une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de bromure de strontium ;

Le 15 novembre 1927, une injection intra-veineuse de 10 centimètres cubes de bromure de strontium.

A cette date on notait une amélioration marquée, mais la malade ne revient pas.

OBSERVATION II

M. P..., 27 ans, chapelier.

Eczéma aigu du pli de l'aisselle, du cou et de la verge, apparu quatre jours auparavant, s'accompagnant d'un prurit intense à prédominance nocturne. Mis au traitement le jour

même. Trois piqûres à deux jours d'intervalle, les lésions disparurent et ne récidivèrent pas. Le malade est guéri.

OBSERVATION III

Mme D..., 28 ans, concierge.

Eczéma à type séborrhéique généralisé datant de trois semaines, soigné par des pommades sans résultat. Le prurit très marqué atteint son apogée le soir.

Trois injections de 10 centimètres cubes de bromure de strontium à deux jours d'intervalle.

Le prurit diminue. Trois autres injections sont faites, le prurit persiste toujours. A la septième injection une amélioration commence à se faire sentir, à la douzième le prurit est presque disparu et la plaque s'améliore, à la quinzième enfin la malade est guérie. Cela montre qu'il est des cas rebelles où l'on doit persister même si le résultat tarde à venir car la tolérance du médicament en rend supportable des doses même très élevées.

OBSERVATION IV

Mme D... Elise, 27 ans, mécanicienne.

Eczéma aigu datant de quinze jours, apparu au nivean des seins puis ayant envahi le thorax, les avants-bras, les mains et la face, entraînant un prurit marqué accompagné d'œdème. A reçu quatre injections consécutives une par jour. On note alors une grande amélioration. A la sixième injection, la malade est guérie.

OBSERVATION V

F..., 18 ans, couturière.

Poussée d'eczéma généralisé à type séborrhéique ayant débuté par la face il y a un mois, généralisé huit jours après. Actuellement les lésions siègent sur l'abdomen, sur les faces antérieures et postérieures du thorax, sur le cou, la face et les mains. En outre érythème bulleux du cou-de-pied récidivant. Mise au traitement elle reçut une injection quotidienne pendant six jours. A la quatrième piqûre on note une amélioration notable ; à la sixième la guérison est survenue.

OBSERVATION VI

G..., Ernest, 39 ans.

Quatre jours avant de venir consulter, le malade constate l'apparition de lésions rouges disséminées en placards plus ou moins étendus sur le cou, les épaules, les pieds et les mains ainsi que sur la région lombaire. Sur ces placards rouges existent des lésions vésiculaires suintantes. Aux mains, entre les doigts les lésions affectent le type deshydrosique. Le prurit est assez intense pour empêcher tout sommeil. Mis au traitement le malade reçut : les trois premiers jours 10 centimètres cubes de bromure de strontium par jour. La rougeur persiste. Mais le prurit a tendance à diminuer, le malade peut dormir. A la cinquième piqûre on note une amélioration considérable ; à la sixième enfin toutes les lésions ont disparu, le malade est guéri.

Dans deux autres cas d'eczéma aigu généralisé, nous n'avons pu obtenir qu'une amélioration légère sans pouvoir guérir définitivement le malade. Enfin dans quatre autres cas la guérison complète est survenue après 6 à 10 injections.

ECZEMAS LOCALISÉS

Ici les résultats sont plus longs à obtenir et nous ont paru moins favorables que dans les formes précédentes ; on pourra d'ailleurs en juger par les quelques observations suivantes.

OBSERVATION I

Eczéma de l'anus avec démangaisons vives s'exagérant au toucher. Il s'agit d'un malade très nerveux. Tous les traitement antérieurs ont échoué. Trois piqûres furent faites à deux jours d'intervalle. Le prurit persiste la nuit. Le jour il est à peu près disparu ; à la 7e injection le malade dort et n'a plus qu'une crise prurigineuse dans la nuit. Depuis ce temps malgré la continuation du traitement aucun nouveau résultat n'a été obtenu.

OBSERVATION II

Mme E..., 36 ans, fille de cuisine.

Eczéma rouge et parfois suintant du pli du coude. Au bout de deux mois, prurit très marqué empêchant le sommeil ; aménorrhée depuis trois ans. Reçoit 10 piqûres consécutives entraînant une légère amélioration du syndrome prurigineux ;

à la douzième, le suintement est à peu près disparu, le prurit diminué permet le sommeil. Malgré la continuation du traitement on n'a pu obtenir un meilleur résultat.

OBSERVATION III

Mme L..., 38 ans, cuisinière.

Eczéma des mains depuis trois semaines, bilatéral mais suintant du côté droit, s'accompagnant de démangeaisons gênant considérablement la malade. Traitée antérieurement par des pommades, sans résultats. Mise au traitement on constate une amélioration considérable dès la troisième piqûre, le suintement a disparu, le prurit considérablement diminué. La malade a abandonné le traitement à ce moment.

Nous avons encore quatre observations d'eczémas localisés à la face ou aux mains, ayant cédé au traitement bromo-strontium, mais après un traitement prolongé.

DERMITES ARTIFICIELLES

Si les résultats obtenus dans les cas d'eczémas aigus sont satisfaisants ainsi qu'on a pu s'en rendre compte par les quelques observations publiées précédemment, c'est encore dans les eczémas survenus secondairement à une excitation externe quelconque que nous avons obtenu les guérisons les plus rapides, témoin cette observation :

OBSERVATION I

M. H... Charles, 34 ans, menuisier.

Il s'agit d'une plaque d'eczéma aigu de la région malaire et nasale gauche, datant de trois jours et secondaire à l'application de pommade d'ichtyol sur un petit placard d'eczéma. Aucune autre lésion par ailleurs.

Le malade reçut une injection par jour ; à la troisième piqûre on note un mieux considérable. A la cinquième la lésion a complètement disparu.

OBSERVATION II

M. V..., Charles, 27 ans, manœuvre.

Syphilitique ancien traité dans le service, à Wassermann négatif ; le 14 décembre 1927 apparition d'un eczéma aigu

généralisé à la suite d'une lotion du cuir chevelu faite chez un coiffeur ; les lésions sont surtout marquées au front et à la face, où elles entraînent un prurit très prononcé. Il n'y a pas de suintement. Mis au traitement quotidien on commence à noter une amélioration sensible dès la troisième injection ; à la sixième les lésions sont presque entièrement disparues, à la huitième la guérison est complète.

OBSERVATION III

M. R... Léon, tourneur.

Eczéma de la face, du front, des joues datant de huit mois, suintant, survenu après l'application de pommade Hysca. La plaque s'accompagne d'un prurit diurne et nocturne empêchant tout repos au malade. Ce malade fut mis au traitement par le bromure de strontium à l'exclusion de tout autre traitement interne ou externe. Les injections furent faites quotidiennement. A la troisième injection le prurit a considérablement diminué ; le malade dort, la plaque s'améliore ; à la cinquième et à la sixième, le prurit a disparu. Enfin à la septième la guérison est complète.

OBSERVATION V

M. D... L., 25 ans, électricien.

A la suite de friction à l'onguent gris, érythrodermie de l'abdomen, du pubis, de la verge, des bourses et de la face interne des cuisses. A reçu une injection quotidienne jusqu'à la guérison complète survenue à la huitième injection.

Ainsi qu'on le verra dans le tableau récapitulatif situé à la fin de ce chapitre, les résultats obtenus sur les eczémas aigus et les dermites eczémateuses secondaires à des lésions irritatives variées sont extrêmement satisfaisants. Si toutes les fois la guérison n'a pas toujours été obtenue, du moins dans tous les cas avons-nous noté une amélioration considérable.

ECZÉMAS CHRONIQUES

Si dans l'eczéma aigu nous avons obtenu des résultats notables par le traitement au bromure de strontium, dans les eczémas chroniques, rebelles, les résultats tout en étant moins absolus et plus difficilement atteints, n'en sont pas moins satisfaisants. Certes il est des cas où nous avons enregistré des échecs complets, mais ils sont la minorité. Dans le plus grand nombre en effet si la guérison totale n'a pas toujours été obtenue, l'amélioration, tant de la lésion eczémateuse que du syndrome prurigineux, a été de règle et suffit à elle seule à conseiller ce traitement nouveau dans des affections où tout l'arsenal thérapeutique courant a le plus souvent antérieurement échoué.

Nous remarquerons d'ailleurs que dans l'eczéma chronique, le traitement est de longue haleine, il ne s'agit plus en effet de cinq à six injections de médicament, mais bien de quinze ou vingt, parfois plus: la parfaite tolérance du médicament permettant ces hautes doses.C'est ainsi,comme on le verra plus loin, qu'une amélioration sensible et durable n'a quelquefois été obtenue qu'après un nombre assez considérable d'injections.

Ajoutons enfin que dans certains cas particulièrement rebelles, nous avons associé les deux thérapeutiques, faisant accompagner le traitement interne au bromure de strontium, par le régime approprié et le traitement externe consistant en différents topiques, généralement employés.

Voici maintenant un certain nombre d'observations choisies parmi toutes les fiches des malades en traitement qui permettront de mettre mieux en relief et le mode d'application du médicament dans les cas tenaces et rebelles, et l'apparition soit de l'amélioration ou de la guérison, soit au contraire la persistance de la lésion.

On trouvera enfin, à la fin de ce chapitre sur les eczémas, un tableau récapitulatif des différents cas traités dans notre service à l'hôpital à Saint-Louis avec les résultats obtenus, permettant ainsi de juger plus aisément des résultats obtenus au cours du traitement des eczémas par le bromure de strontium.

OBSERVATION I

Mme F... Marie, 69 ans.

Malade venue consulter pour une plaque d'eczéma lichénifiée du cou qu'elle a depuis un an. N'ayant pas progressée depuis six mois, cette plaque est pourtant sujette à des poussées aiguës. La plaque présente les dimensions d'une large paume de main entraînant un prurit marqué. Sur le restant du corps pas d'autres localisations eczémateuses, si ce

n'est au niveau du bras droit où on trouve un eczéma papullo-vésiculeux très prurigineux, survenu postérieurement à la première plaque.

La malade est en outre porteuse d'un goitre exophtalmique traité à l'iodure de potassium et au bromure de potassium, médicaments qui d'après la malade auraient eu une influence sur l'apparition des accidents cutanés. Le Wassermann est négatif. L'analyse des urines montre l'absence de sucre et d'albumine. Mise au traitement elle reçut : les trois premiers jours, une injection quotidienne de 10 centimètres cubes sans résultats. Puis les injections furent continuées à raison d'une tous les deux jours. A la cinquième injection, les lésions situées au niveau du bras droit se sont effacées, mais la lésion principale n'a pas subi grand changement, si ce n'est une diminution du prurit ; après la douzième injection une amélioration légère apparaît, la plaque commence à s'effacer, le prurit est presque complètement disparu. Mais ce n'est qu'après la vingtième piqûre que la disparition complète du prurit et l'effacement de la plaque permettront de déclarer la malade guérie.

On voit donc que dans ce cas vingt injections successives sans arrêt ni période de repos ont été nécessaires pour amener la guérison d'une lésion où tous les traitements usuels avaient été antérieurement essayés.

OBSERVATION II

Mme D... Marie, 70 ans.

Il s'agit ici d'un eczéma chronique lichénifié du pli du coude gauche et des deux mains, surtout face dorsale. Eczéma professionnel, la malade étant cuisinière. Les lésions sont apparues il y a environ dix mois et depuis ce temps sont restées fixes malgré les nombreux traitements auxquels s'est soumise la patiente. Le prurit est intense, à prédominance nocturne empêchant le sommeil. La malade a reçu en tout 25 injections. A la sixième piqûre, le prurit a diminué nettement, la malade peut dormir ; à la onzième, on note encore une amélioration du prurit avec un léger effacement de la plaque située au pli du coude. Malgré la coutinuation du traitement, on n'a plus noté depuis aucune amélioration, le prurit paraissant même avoir tendance à réapparaître. Le traitement a été abandonné après 25 piqûres, aucune amélioration n'étant obtenue, malgré l'association d'une pommade et d'un régime sévère

Voilà donc un cas rebelle au traitement même prolongé, même associé aux traitements usuels.

OBSERVATION III

Mme R... Marie, 62 ans, ménagère.

Malade atteinte depuis trois mois d'un eczéma lichénifié du cou et des mains, extrêmement prurigineux, empêchant tout sommeil. Au niveau du bras droit existe une autre plaque lichénifiée située au pli du coude. Malade pâle, légè-

rement hypertendue au Vaquez (18-10). Le dosage de l'urée sanguine a donné le chiffre de 0 gr. 48. Les réactions de Hecht et Wassermann sont négatives. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Cette malade avait été précédemment traitée par l'auto-hémothérapie qui avait amené une légère amélioration. Soumise au traitement par le bromure de strontium, on note une amélioration considérable du syndrome prurigineux dès la cinquième injection, et la guérison complète survient après 12 injections quotidiennes.

OBSERVATION IV

Mme C... Angèle, 62 ans, ménagère.

Malade présentant un eczéma lichénifié du bras droit datant de deux mois. Porteuse en outre depuis dix ans d'une fissure à l'anus s'accompagnant d'un prurit modéré. Depuis six semaines on note une exacerbation marquée de prurit, enlevant tout repos à la malade. Localement on constate l'existence de lésions lichénifiées le long des plis fissuraires. Depuis huit jours enfin on note des crises subintrantes se répétant toutes les trois à quatre heures. Jusqu'à ce jour la malade a été traitée par l'application de compresses chaudes et de nitrate d'argent aux endroits atteints. Mise au traitement on constate à la septième injection une amélioration marquée du prurit et de la plaque située au niveau du bras et de l'avant-bras droit.

Cette amélioration continue jusqu'à la onzième injection, date à laquelle la malade abandonne le traitement.

OBSERVATION V

M. C... Séraphin, 28 ans, gantier.

Le malade est porteur d'un eczéma chronique du dos des mains datant de trois mois avec poussée au niveau du coude depuis huit jours. Le prurit est modéré. Soumis à des injections quotidiennes, on note une diminution légère du prurit après la sixième injection mais la plaque persiste ; après la huitième, l'amélioration s'accuse. Malgré la continuation du traitement la guérison totale n'a pu être obtenue.

OBSERVATION VI

M. G... Moïse, 35 ans, charcutier.

Malade atteint d'un eczéma subaigu généralisé datant de un an. Le point de départ a été le dos du pied et progressivement la plaque primitive s'est étendue. Depuis trois jours, est apparue une poussée nouvelle à la face, au cou, à l'aisselle du côté gauche. Au niveau du pied, la lésion s'est mise à suinter. Le prurit est très marqué et réveille le malade la nuit. Soumis à des injections quotidiennes, on note après la quatrième piqûre une diminution marquée du prurit ; après la neuvième injection, le prurit a diminué, la lésion de la face a disparu, mais les lésions du bras et du pied persistent.

Mis au repos pendant quinze jours, le malade revient dans le même état. Soumis à une seconde série de piqûres, les lésions s'améliorent considérablement dès la sixième injection, pour aboutir à la guérison après dix injections.

OBSERVATION VII

M. B... Etienne, 36 ans, représentant.

Placard lichenifié de la face interne de la cuisse gauche. Prurit très marqué et prédominance nocturne enlevant tout repos au malade. Il s'agit d'ailleurs d'un individu très nerveux et gros éthylique. Les lésions ont débuté il y a un an et demi et n'ont fait que s'affirmer malgré des applications locales de nitrate d'argent et de pâte ichtyolée. A la troisième on note une amélioration considérable du prurit qui diminue pour disparaître presque complètement après la sixième injection. A ce moment le malade ne s'étant pas représenté, le traitement a dû être abandonné.

OBSERVATION VIII

M. P... Joseph, 37 ans.

Malade porteur depuis l'enfance d'un eczéma des bras subissant des alternatives de rémissions et de réapparition. La poussée actuelle pour laquelle le malade vient consulter date de cinq ans. Mis au traitement, on note une amélioration considérable après la cinquième injection. Après la septième, l'eczéma s'efface et le prurit a presque entièrement disparu. A la neuvième, la guérison peut être considérée comme prochaine. A ce moment le malade abandonne le traitement.

OBSERVATION IX

Mme B... Clotilde, 50 ans, couturière.

Malade porteuse d'un eczéma chronique ayant débuté il

y a six mois au niveau du menton. Traitée sans succès par des applications locales de nitrate d'argent et de pâte ichtyolée. Depuis un mois sont apparus deux autres placards de chaque côté du cou s'accompagnant d'un prurit assez marqué pour empêcher tout sommeil. De plus on note quelques troubles d'insuffisance ovarienne chez la malade en particulier un arrêt des règles depuis six ans. A la sixième injection on note une amélioration légère qui ne se continue pas malgré la persistance du traitement.

OBSERVATION X

Mme N... Eugénie, 50 ans, fille de service.

Depuis deux mois la malade présente des lésions érythémateuses du dos disposées en placard à bords irréguliers mais très nets les uns arrondis, les autres angulaires.

La périphérie est plus rouge que le centre. Il existe un élément récent nettement annulaire à bords rouges, à centre très élevé.

Les lésions très prurigineuses empêchent le sommeil. Quand on frotte, les lésions deviennent très rouges mais non saillantes. Le début s'est fait par prurit intense.

La biopsie pratiquée montre que la couche basale de l'épiderme est hyperpigmentée, par ailleurs l'épiderme est normal. On note en outre une légère infiltration du derme.

Mise au traitement dès la première injection les lésions pâlissent. A la troisième, la malade dort mieux ; à la septième elle est très améliorée. A ce moment sont apparus de nouveaux éléments presque annulaires situés à la région épigastrique et très prurigineux. La continuation du traitement

à raison d'une injection tous les deux jours amène une amélioration considérable ; à la douzième injection, le prurit a complètement disparu, les lésions du dos ne forment plus qu'une tache pigmentaire, la malade dort bien. A la quinzième injection la guérison est complète.

De tout ce que nous venons de dire sur le traitement des eczémas, quelle que soit leur nature, un certain nombre de faits ressortent et méritent d'être précisés.

Tout d'abord afin d'éviter le reproche toujours possible de n'avoir traité que des formes récentes ou légères qui auraient peut-être pu guérir d'elles-mêmes, ou par la seule application d'un régime alimentaire approprié, nous nous sommes attaqué à toutes les formes que nous rencontrons.

Ainsi qu'on a pu le voir par les quelques observations que nous avons publiées, toutes les différentes classes d'eczémas ont été étudiées qu'il s'agisse de l'eczéma aigu banal, qu'il s'agisse d'une dermite eczémateuse secondaire à une cause irritative reconnue, qu'il s'agisse au contraire, de ces eczémas tenaces et rebelles contre lesquels toute thérapeutique reste bien souvent inefficace. Nos sujets d'études étaient des malades venus à la consultation de Saint-Louis, tels qu'ils se présentaient, nous les soumettions à notre traitement sans faire de tri spécial, quitte par la suite si le traitement restait inefficace à entreprendre sur eux une autre thérapeutique.

Nous avons donc essayé l'action du bromure de strontium sur les différents eczémas par nous rencontrés, et ceci à l'exclusion de tout autre traitement.

Les résultats ne sont pas d'ailleurs les mêmes pour tous les cas et méritent de retenir un moment l'attention. C'est indiscutablement dans l'eczéma aigu que les meilleurs résultats ont été obtenus, comme le montre le tableau récapitulatif que l'on trouvera à la fin de ce chapitre. Il est d'ailleurs curieux de constater que c'est dans les formes aiguës généralisées, que les meilleurs résultats ont été obtenus, les formes localisés pures paraissant plus réfractaires. Nous tombons d'ailleurs par ces résultats entièrement d'accord avec les auteurs qui récemment se sont occupés de la question en France. M. Sézary dans un récent article (*Bulletin médical* du 28-31 décembre 1927) déclare que sur 16 cas d'eczéma banal ou papulo-vésiculeux, il a obtenu 13 résultats très intéressants sur le prurit avec des injections répétées pendant longtemps de bromure de sodium.

M. Burnier, d'autre part, dans une communication à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris (*Bulletin de la Société* du 10 novembre 1927) déclare textuellement :

« L'eczéma aigu est sans contredit le triomphe de la bromothérapie. Dès la première injection l'œdème, la rougeur, la chaleur, le suintement s'atténuent, le malade dort et se sent soulagé, 2 ou 3 autres injections sont habituellement suffisantes pour amener

la disparition de la poussée. Nous avons observé des malades atteints d'eczéma aigu et chez lesquels les traitements habituels avaient échoué, améliorés rapidement et guéris par la bromothérapie. »

Cet auteur sur six cas d'eczéma aigu a noté quatre guérisons totales, et deux améliorations considérables.

Ces résultats si favorables se retrouvent d'ailleurs ainsi qu'on a pu le constater dans les formes d'eczémas secondaires à une cause irritative externe, et semblent même dans ces cas, être plus réguliers encore ainsi qu'on a pu le constater par les observations plus haut citées, et qu'on pourra le vérifier dans le tableau ci-après.

Beaucoup plus discutables sont les résultats obtenus dans les formes chroniques. Dans les formes rebelles, tenaces, les résultats sont plus longs à apparaître. Dans la majorité des cas, nous avons noté une amélioration souvent considérable de la lésion, la guérison a même été obtenue à plusieurs reprises mais seulement à la suite d'un traitement prolongé. Trois échecs sont à relever. Sur ce point encore nous nous trouvons d'accord avec les conclusions de M. Sézary qui dit avoir rencontré des échecs dans un cas de parakératose psoriasiforme et d'eczématide.

M. Burnier déclare que sur quatre malades traités, atteints d'eczéma chronique, 2 ont été considérablement améliorés, un l'a été légèrement, enfin chez un de ses malades le traitement a

complètement échoué. Nous trouvons sensiblement les mêmes résultats, quoique sur 16 malades atteints d'eczémas chroniques nous ayons relevé 4 échecs et 3 légères améliorations.

Il n'en reste pas moins que la grosse majorité des malades s'est bien trouvée du traitement qui, s'il n'amène pas à chaque fois une guérison définitive, fait pourtant profiter le malade d'une amélioration souvent considérable.

Tableau récapitulatif des résultats obtenus par la bromothérapie intraveineuse sur les eczémas

Nature des eczémas	Guérison	Amélioration considérable	Amélioration légère	Echec	Abandon de traitement avant résultat	Total
Eczéma aigu généralisé	13	4	2		1	20
Eczéma aigu localisé..	2	3	2	1		8
Eczéma secondaire. Dermite artificielle..	6	1				7
Eczéma chronique....	5	2	3	4	2	16
Total	26	10	7	5	3	51

URTICAIRE

C'est sur l'urticaire que nous avons en tout premier lieu, essayé le traitement par le bromure de strontium. Si en effet il est une affection gênante et désagréable pour le malade, c'est bien la poussée d'urticaire qui, simple gêne chez quelques-uns devient chez d'autres un véritable supplice. Aussi est-ce depuis longtemps que les auteurs se sont efforcés de trouver à ce syndrome un remède actif et utile. Avant que l'origine anaphylactique de l'urticaire soit connue, on avait cherché à vaincre cette affection gênante. Imposant est l'arsenal thérapeutique dont on dispose pour lutter contre elle, mais combien rares sont les médicaments agissant utilement. Du fait même que l'urticaire survient à la suite d'un choc colloïdoclasique apparaissant après l'ingestion de certaines substances, il existe une sensibilisation spéciale pour des substances définies.

Aussi toute la thérapeutique de l'urticaire proposée dans ces dernières années, roule uniquement sur la recherche du moyen de désensibiliser le malade. C'est ainsi que sont nés les différents traitements désensibilisateurs consistant à

rechercher par injection intradermique d'une certaine substance les réactions du sujet à cette dite substance. Puis ayant reconnu les matières auxquelles il était sensible arriver progressivement à le désensibiliser. C'est là une méthode difficile, infidèle, d'une part et parce que le malade est souvent sensibilisé à diverses substances et que d'autre part désensibilisé à l'une il peut se sensibiliser pour une autre.

Le traitement par les peptones ingérés a été préconisé et donne souvent d'excellents résultats. C'est ainsi que l'on peut donner 0 gr. 50 de peptone pure avant chaque repas et obtenir parfois de bons résultats.

C'est encore pour désensibiliser le malade en agissant par choc colloïdoclasique que l'on emploie si fréquemment maintenant l'auto-hémothérapie. Les résultats sont satisfaisants mais ne sont pas constants, agissant très vite chez les uns, échouant chez les autres. Il n'en reste pas moins vrai que c'est là un des meilleurs traitements de l'urticaire à l'heure actuelle.

Il est bien entendu toutefois, que l'ancien traitement de l'urticaire n'a pas perdu toute sa valeur et que bien souvent, en désespoir de cause, en doit avoir recours à lui.

Le régime prend une importance considérable, bien entendu supprimer la cause si on la connaît (fraises, poissons, crustacés, pain) prendre soin du tube digestif en usant de laxatifs en soumettant le

malade à un régime lacto-végétarien assez sévère, bref en évitant toute surcharge inutile.

A l'intérieur Brocq proposait de recourir à la quinine à grosses doses ; nous avons déjà parlé du traitement par l'ingestion de peptones qui donne souvent d'excellents résultats.

Mais de tous ces traitements, c'est encore à l'auto-hémothérapie que l'on aura recours, parce que c'est le traitement le plus rationnel et le plus actif.

Toutefois nous avons crû intéressant d'étudier les résultats que l'on pouvait obtenir dans l'urticaire par l'injection intraveineuse de bromure de strontium. Nous nous sommes donc adressés à un certain nombre de malades, atteints d'urticaire et avons essayé sur eux l'action du bromure de strontium.

Les résultats ne sont pas très encourageants ; si nous avons pu relever quelques cas d'amélioration très marquée, nombreux, par contre, sont les malades chez qui le médicament est resté sans action, et n'a abouti qu'à une amélioration légère, ou même à un échec complet. Toutefois, ainsi qu'on le verra pour les observations qui vont suivre, il est pourtant des cas intéressants, où vraiment les crises se sont espacées de façon notable et où le malade s'est senti considérablement amélioré.

OBSERVATION I

M. P... Pierre, 28 ans.

Malade atteint d'urticaire récidivant depuis 7 ans. Tous les traitements ont été tentés, depuis la désensibilisation

progressive par les peptones jusqu'à l'auto-hémothérapie qui n'a donné aucun résultat.

Tous les jours, parfois trois fois par jour, le malade a des poussés prurigineuse avec éruption caractéristique d'une durée de dix minutes environ. On note chez lui un dermographisme marqué.

Soumis au traitement quotidien, à la quatrième piqûre les crises s'espacent, deviennent moins longues et moins intenses, à la huitième piqûre le malade n'a plus qu'une crise par semaine a la quinzième enfin tout semble rentré dans l'ordre, le malade n'est pas revenu mais n'avait plus de crises.

OBSERVATION II

Mme V... Isabelle, 33 ans.

Malade atteinte d'une crise d'urticaire depuis cinq jours avec paroxysme survenant surtout après le repas, les crises présentant une durée d'environ une demie heure. Traitée auparavant par deux séries d'auto-hémothérapie la malade avait été améliorée. Actuellement les crises se répètent deux ou trois fois par jour. Après huit injections de bromure de strontium les poussées sont moins longues et plus espacées, survenant tous les cinq jours au lieu d'être quotidiennes. Après 20 piqûres, la malade n'a plus qu'une crise par semaine, le traitement continu sans que ce résultat ait pu être amélioré.

OBSERVATION III

M. H... Gabriel, 43 ans.

Depuis trois mois souffre d'éruption urticarienne survenant par crises très aiguës avec œdème presque généralisé s'ac-

compagnant d'un prurit intense ; le prurit cède au repos, reprend à l'effort. Déjà traité par le chlorure de calcium et l'auto-hémothérapie sans succès. Wassermann négatif. Ni sucre ni albumine dans les urines. Mis au traitement par le bromure de strontium, on note tout d'abord une légère amélioration. Les poussées se font plus rares, les crises sont plus espacées mais après la huitième piqûre de nouvelles poussées apparurent et la continuation du traitement reste sans effet.

Echec de la bromothérapie.

OBSERVATION IV

M. L... Louis, 43 ans, garçon de magasin.

Consulte pour prurit, lésion urticarienne. Présente une éruption séborrhéique avec localisation péripilaire antérieure et postérieure, datant de quinze jours. Mis au traitement on note une légère amélioration au bout de six piqûres. A ce moment le malade abandonne le traitement.

OBSERVATION V

M. T... Emile, 46 ans, chauffeur.

Depuis l'âge de 19 ans se plaint de lésions urticariennes qui apparaissent symétriquement sur la face antérieure de la poitrine. Chacune des poussées dure environ de quatre à six heures avec un intervalle d'un mois. Depuis quelques années les crises se sont rapprochées, survenant tous les quinze jours avec prédominance nocturne, s'accompagnant d'un prurit intense. La peau est très dermographique. Le malade est très nerveux.

Mis au traitement après la sixième injection, on note une amélioration marquée ; les poussées sont moins fortes à la huitième, le malade reste huit jours sans crises. Depuis ce temps malgré la continuation du traitement l'amélioration n'a pu être poussée plus loin.

OBSERVATION VI

M. P... Marie, 51 ans.

Urticaire récidivant depuis un an, survenant à quatre ou cinq reprises pendant la journée, s'accompagnant d'œdème des lèvres et de la paupière, de dermographisme très net. Dans les urines ni sucre ni albumine. Malgré dix injections successives de bromure de strontium aucune amélioration n'a pu être obtenue.

OBSERVATION VII

M. P... René, 22 ans.

Atteint d'urticaire depuis six mois, urticaire à plaques disséminées survenant surtout le soir, très prurigneuses rouges et interrugineuses. Traité antérieurement par de l'inolyol, a reçu quatre piqûres successives amenant une amélioration légère puis a quitté le traitement.

On voit donc par ces quelques observations que les résultats sont loin d'être aussi favorables que dans d'autres dermatoses précédemment étudiées tout particulièrement dans les eczémas. Si dans certains cas presque inespérés, on rencontre des succès parfois même des guérisons, dans d'autres au con-

traire, on ne note qu'une amélioration légère et sans doute transitoire ou on aboutit à un échec complet.

Il n'en reste pas moins vrai que dans les cas rebelles d'urticaire, alors que les autres traitements sont restés inactifs, on pourra tenter le traitement par le bromure de strontium car seul peut-être dans certains cas il pourra avoir une heureuse action.

LICHEN PLAN

Le lichen plan est actuellement une dermatose bien spécifique nettement caractérisée. Malgré la diversité de ses aspects cliniques, malgré la multiplicité de ses localisations, il reste en dernière analyse toujours et partout identique à lui-même, ne s'associant à aucune autre dermatose (Thibierge).

Erasmus Wilson dans ses *Lectures on eczéma* en donne une excellente définition.

« C'est, dit-il, une papule de forme conique à base inférieure, présentant un sommet nettement aplati, sommet qui est lisse et brillant comme de la corne, qui est légèrement ombiliqué, où l'on peut parfois apercevoir l'ouverture d'un follicule.

« La papule est d'une couleur pourpre, un peu plus pâle au début de l'éruption qu'à la fin. Ces papules sont, dans certains cas, petites et isolées, dans d'autres réunies par une base infiltrée formant des placards d'étendue variable. L'évolution de l'éruption est lente, généralement symétrique quelquefois accompagnée de prurit quelquefois aussi, elle laisse en disparaissant des taches brunes sur la peau. »

Un reproche est à faire à cette définition. Wilson semble admettre que son lichen *planus* et le lichen

ruber de Hebra sont une même et unique affection. Or il n'en est rien, et Wilson lui-même d'ailleurs, ne se montre pas trop affirmatif, ayant déjà remarqué que de ces deux affections, l'une, le lichen plan était bénigne, l'autre au contraire ou lichen ruber de Hebra étant une affection toujours grave et d'une chronicité souvent désespérante.

La nature de cette affection est encore fort discutée ; nombreuses furent les théories émises. Après avoir voulu expliquer l'apparition d'une éruption de lichen par un traumatisme antérieur tel que frottements répétés, chocs, morsure, les auteurs progressivement en vinrent à ne plus admettre que deux théories qui alors s'opposèrent, la théorie nerveuse et la théorie parasitaire.

Les défenseurs de la première thèse s'appuyaient sur les antécédents nerveux, sur les perturbations psychiques qui précèdent si souvent l'éruption de lichen. L'intensité du prurit, la distribution zoniforme que l'on peut parfois rencontrer, l'action bienfaisante de l'hydrothérapie venaient encore étayer la théorie établissant l'origine nerveuse de l'affection.

Mais des travaux plus récents, des statistiques nombreuses faites pendant et depuis la guerre vinrent combattre cette théorie, et actuellement la plupart des auteurs considèrent cette affection comme parasitaire, microbienne, infectieuse. Nous ne ferons que citer Lassar qui dit avoir démontré l'existence d'un bacille dans la lymphe et Bory qui au Congrès

de Strasbourg (1923) apporta de nombreuses observations, encourageant la théorie suivant laquelle le lichen plan serait une affection d'origine parasitaire.

Toutes ces théories sont défendables et plus particulièrement selon Darier, les théories humorales modernes. En faveur de cette dernière hypothèse, il faut rappeler le rôle que le « choc » ou la « secousse » jouent souvent dans son développement et aussi dans sa thérapeutique.

Fait curieux, le lichen plan qui jadis était une affection rare, tend à s'étendre, c'est ainsi qu'alors que sur 30.000 malades Groham déclare n'avoir rencontré que 150 cas de lichen, Thibierge a été frappé par le grand nombre de lichens soignés par lui à la consultation militaire de l'hôpital Saint-Louis. Un cas sur 3 d'eczémas, la moyenne actuelle, dit-il, est de un cas par semaine ; se rencontrant pour Brocq plus fréquemment chez l'homme, s'attaquant au contraire d'après les Anglais et les Américains, de préférence à la femme. Ajoutons que dans la clinique du Professeur Jeanselme, les statistiques donnent raison à Brocq, les hommes étant plus souvent atteints que les femmes.

Quelle que soit sa localisation sur la peau, le lichen s'accompagne toujours d'un prurit intense. Certes celui-ci est variable selon les localisations, le lichen du scrotum étant plus prurigineux que celui du fourreau mais le prurit n'en reste pas moins un des symptômes capitaux de cette affection.

Seules les localisations sur les muqueuses et les semi-muqueuses font exception à la règle, le lichen de la face dorsale de la langue ou de la face cutanée des joues, étant en particulier, complètement indolore.

La cause exacte du lichen plan nous étant encore inconnue, le traitement reste forcément empirique. Aussi nombreux sont les médicaments que l'on a proposés pour combattre cette affection pénible.

Avant tout et réunissant tous les suffrages, c'est l'arsenic que l'on doit employer. La forme sous laquelle l'arsenic peut être donné a été très discutée. Wilson conseillait la liqueur de Fowler et cette méthode est encore en France la base du traitement interne.

Beaucoup plus actif est le traitement par les arsénobenzènes et en particulier par le novarsénobenzol. C'est Herxheimer qui le premier en 1911 publia un cas de lichen guéri par l'arsénobenzol. Queyrat et Pinard en 1914 en ont recommandé l'usage.

A la clinique du Professeur Jeanselme, on emploie le novarsénobenzol en commençant par 0 gr. 15 et en augmentant la dose à chaque séance à raison d'une piqûre par semaine, sans pourtant dépasser la dose totale de 3 grammes.

Ce traitement donne de très bons résultats, l'éruption commençant souvent à disparaître dès la troisième ou même la seconde injection ; vers la dixième injection l'éruption est généralement disparue, ne laissant à sa place qu'une pigmentation brunâtre de

la peau. Un fait pourtant mérite de retenir l'attention c'est l'apparition après la première injection d'une augmentation d'intensité de l'éruption, les papules deviennent d'un rouge plus vif, plus turgescentes, on peut voir survenir une poussée nouvelle, on peut même noter sur la peau saine un certain degré d'érythrodermie. Il semble qu'on assiste là à une véritable réaction d'Herxheimer.

Ce traitement donne de bons résultats, mais présente du fait même de l'emploi du novarsénobenzol un certain danger et des accidents sont toujours possibles. Aussi depuis quelque temps, emploie-t-on à la Clinique du Professeur Jeanselme l'arsenic en injection intramusculaire sous forme d'acétylarsan, ce dernier corps agissant plus énergiquement que le cacodylate de soude. Les résultats sont satisfaisants, mais il semble que la guérison survienne un peu plus lentement qu'avec le novarsénobenzol. Toutefois le fait d'être à l'abri d'accidents pouvant être mortels doit faire préférer cette méthode, peut-être un peu moins active, mais qui pourtant finit par aboutir au même résultat.

Nombreux sont les autres médicaments qui ont été conseillés. C'est ainsi que les Anglais et en particulier Sutton préconisent le mercure, soit sous forme de bi-chlorure en solution acqueuse, soit de bi-iodure, soit enfin sous forme de salicylate en solution huileuse.

Les traitements externes sont très nombreux. Innombrables sont les pâtes et les pommades qui ont

été préconisées. Nous ne retiendrons que la pommade aux 3 acides de Broca et la « colle de Zinc » qui peuvent rendre de réels services. Mais ces traitements externes n'étant que des palliatifs, nombreux sont les auteurs qui ont recherché d'autres méthodes de traitement. C'est ainsi que Thibierge et Ravaut ont montré les bons résultats obtenus par eux par la ponction lombaire : l'évacuation de 8 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien assure la disparition immédiate du prurit. L'hydrothérapie chaude, la Rœntgenthérapie ont été essayées avec des résultats variables.

Nous avons, après Hübschmann, employé la homothérapie dans le lichen plan et nous avons traité deux cas de lichen plan par les injections intraveineuses de bromure de strontium. On verra par les observations qui vont suivre que les résultats obtenus sont encourageants.

OBSERVATION I

M. L..., Charles, 27 ans, ajusteur.

Lichen plan généralisé surtout marqué à l'abdomen où les éléments sont très rapprochés les uns des autres. Sur le reste du corps les éléments sont plus disséminés. D'autre part le gland et le fourreau ne sont pas épargnés, on y rencontre quelques éléments ainsi d'ailleurs que sur le scrotum. Au niveau de la bouche on ne trouve aucune lésion.

Le début de l'affection s'est fait il y a deux mois en débu-

tant au niveau du coude gauche. Le prurit entraîné par ces différentes lésions est intense, avec exacerbation nocturne enlevant tout repos au malade.

Mis au traitement par injections quotidiennes, on voit apparaître une aggravation des symptômes ; à la deuxième injection, les éléments apparaissent plus turgescents, le prurit est intense. Après la quatrième piqûre, un mieux se dessine, le prurit est moins intense, l'éruption tend à pâlir ; à la huitième, le prurit est presque entièrement disparu, le malade peut dormir ; à la douzième enfin la plaque abdominale est complètement effacée ainsi que les autres éléments disséminés ; le prurit a disparu.

OBSERVATION II

M. B... Edmond, 31 ans.

Eruption lichenoïde rouge vif apparue il y a douze jours. L'affection débuta à l'abdomen puis de là gagna la face antérieure des aisselles, les bras et les avant bras. De plus, on note quelques éléments sur la verge. Rien dans la bouche.

Les lésions de l'abdomen sont confluentes en petits foyers de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Le prurit est intense empêchant tout sommeil. A la troisième injection on voit apparaître de la suppuration au niveau de certains éléments de l'abdomen mais en même temps, on note une diminution du prurit. A la sixième injection, l'éruption pâlit, le prurit est presque entièrement disparu. A la neuvième injection enfin toute éruption est effacée, le prurit a disparu. Le malade part guéri.

Par les observations précitées, on peut se rendre compte que le bromure de strontium donne de bons résultats dans le traitement du lichen plan. Si son action est moins rapide que celle du novarsénobenzol, il n'en présente pas non plus les désagréments et les complications toujours possibles. La guérison est survenue dans les deux observations citées plus haut après dix à douze piqûres. Là encore, on a pu noter une certaine aggravation du syndrome au début du traitement, véritable réaction d'Herxheimer faisant place rapidement à une amélioration qui en peu de jours aboutit à la guérison.

LES PRURITS

On désigne sous le nom de prurit pur, une douleur spéciale appelant inviciblement le grattage et ne dépendant pas de lésions cutanées prémonitoires appréciables à l'œil nu. C'est à notre sens, dit Brocq, « une véritable névrose de la peau ».

D'après cette définition, ce qui caractérise le prurit, c'est de n'être consécutif à aucune lésion cutanée prémonitoire.

C'est spontanément qu'il survient, se manifestant par des sensations assez variables comme nature et comme intensité, rarement continues et survenant presque toujours par accès plus ou moins longs, plus ou moins fréquents. Sans que la cause en soit bien établie, pouvant être due à un accident minime, la crise douloureuse débute en un point quelconque du corps, prenant en peu de temps son maximum d'intensité pouvant parfois devenir véritablement insupportable.

Le besoin de grattage est impérieux, le malade se gratte avec tout ce qui lui tombe sous la main : un linge rude, une brosse sont fréquemment employés. Dans beaucoup de cas, les grattages exaspèrent la sensation de prurit, la rend plus étendue, plus rebelle,

plus multiple. Pourtant il est des cas où l'excoriation de la peau tend à amender la sensation de prurit et le malade quand il a ensanglanté les régions prurigueuses éprouve une véritable sensation de soulagement, de détente nerveuse et de bien-être général.

Malgré cette amélioration toute passagère, le fait que le malade se gratte risque de compliquer le pronostic de l'affection. En effet, outre les possibilités d'infection, d'inoculations microbiennes, il apparaît à la suite de grattage, des lésions cutanées difficiles à guérir sur les teguments abimés. Tant que l'on a pas commencé à se gratter, on peut espérer éviter la grande crise de prurit, si au contraire le malade se gratte, alors les sensations douloureuses se multiplient sans que cette fois le grattage réussisse à calmer le syndrome douloureux.

D'ailleurs les crises, tant par leur intensité que par leur répétition, dépendent essentiellement de la gravité de l'affection. Dans les cas bénins on ne rencontre guère qu'une crise au moment du coucher ; dans les cas plus sérieux, à cette crise vespérale s'ajoute souvent une crise diurne, enfin dans les cas très graves, les crises peuvent se répéter à trois ou quatre reprises ou même plus, dans la nuit, ainsi d'ailleurs que dans le courant de la journée.

La durée de ces crises est variable. En moyenne elles durent de dix à quinze minutes, mais peuvent être beaucoup plus prolongées et atteindre facile-

ment une heure. Dans les cas très graves elles peuvent durer deux ou trois heures.

C'est dans ces formes graves que le prurit s'accompagne de troubles divers de l'état général, la sensation prurigineuse pénible finit par enlever tout repos au malade et son état général décline ; rapidement on note chez lui un amaigrissement marqué, une dépression ou au contraire une exaltation du moral amenant parfois à la neurasthénie et même au suicide.

La durée du prurit essentiel varie suivant les cas. Souvent il constitue une sorte de crise morbide que subit l'organisme et dès lors il peut persister pendant plusieurs mois ou même plusieurs années avec des alternatives d'aggravation et de rémission ; puis progressivement les crises diminuent d'intensité, elles s'espacent de plus en plus et finissent par disparaître en un temps plus ou moins long.

La pathogénie de ce syndrome a été fort discutée, nous ne la reprendrons pas ici. Nous ne ferons que rappeler ce fait que bien souvent il survient chez des individus à lourde hérédité, fils d'arthritiques, d'intoxiqués, de gros mangeurs qui continuent eux-mêmes les mêmes errements que leurs parents. Ces prédispositions naturelles sont d'ailleurs le plus souvent augmentées par des lésions d'un organe d'absorption important en particulier du foie ou du rein.

C'est sur ce terrain qu'à la suite d'une cause occasionnelle quelconque traumatique toxique ou ner-

veuse se développera la crise de prurit essentiel que nous avons décrit plus haut.

Devant cette affection qui, quand elle atteint un degré élevé peut devenir extrêmement pénible les traitements proposés sont nombreux. Mais jusqu'à présent aucun d'eux n'a pu donner des résultats assez répétés et constants, pour qu'on puisse l'employer à coup sûr, et c'est bien souvent par tatonement que l'on parviendra à améliorer le syndrome envisagé.

Les traitements employés jusqu'alors peuvent se diviser en deux groupes : traitement interne et traitement externe.

Le traitement interne est celui qui doit avant tout entrer en jeu. C'est de beaucoup le plus important et s'il veut guérir, le malade, doit subir un régime des plus sévères.

Il doit s'abstenir de thé, café, chocolat, liqueurs, alcools de toute nature, de bière, de charcuterie, de veaux, d'œufs non frais, de poisson, de coquillages crustacés, conserves, épices, fraises, choux et de choux-fleurs.

Son alimentation consistera en lait de bonne qualité, viandes grillées, légumes cuits, ou fruits cuits. Ce n'est que dans les cas très sérieux que le malade sera mis au régime lacté.

On surveillera avec le plus grand soin l'état du système nerveux, on recommandera d'éviter autant que possible les émotions vives, les préoccupations morales et intellectuelles, les fatigues de la vie d'af-

faires. Si le malade peut vivre au grand air, la guérison n'en sera que plus aisée.

S'il en est besoin, on pourra agir sur le système nerveux soit par des douches chaudes à 35 ou 38 degrés de une à cinq minutes de durée, quotidiennes ou bi-quotidiennes, soit par enveloppements chauds, soit enfin par une médication interne appropriée, avec en tête les diverses préparations de valériane : valérianate de zinc, valérianate d'ammoniaque, administrées en capsules ou en solution.

Ce ne sera qu'en cas d'insuccès de ces différents médicaments que l'on aura recours au chloral, aux bromures et aux opiacés. Rappelons que ces dernières années, de nombreuses substances ont été préconisées, entre autres l'antipyrine, le citrophène, le salicylate de soude, le nitrite de soude, ce dernier surtout dans le prurit des tabétiques. L'action de ces divers agents est d'ailleurs inconstante et variable.

Bien d'autres substances ont été préconisées, nous ne ferons que rappeler l'acide cyanhydrique, l'acide phénique à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour, l'extrait de guaco recommandé par Butte, la quinine à hautes doses qui réussit parfois chez les auto-intoxiqués quand le prurit revient par accès, la belladone qu'on emploiera à très petites doses sous formes de teintures, l'atropine, la jusquiame, l'arsenic et en particulier le bromure d'arsenic ont été successivement préconisés.

Le traitement par les acides a parfois donné de

bons résultats, en dehors de l'acide phénique déjà cité ; on a surtout employé l'acide lactique, l'acide tartrique, l'acide citrique, l'acide sulfurique à 3 pour 200 et à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Il est bien évident en outre, que si chez un malade, on découvre au cours de l'examen une maladie interne bien définie telle que le diabète, une affection des reins ou du foie, on instituera la médication appropriée.

Rappelons enfin que l'électricité, la radiothérapie, le massage ont parfois donné de bons résultats, ainsi d'ailleurs que les cures dans certaines villes d'eau, en tête desquelles nous citerons Néris, Bagnères-de-Bigorre, Plombières.

Ajoutons enfin que Thibierge et Ravaut ont obtenu des résultats remarquables par la ponction lombaire dans des prurits rebelles se rattachant au lichen plan, au prurigo diathésique d'A. Besnier, au lichen circonscrit, et aux eczémas prurigineux.

Le traitement externe du prurit ne vient qu'en seconde ligne, ce n'est au fond qu'un palliatif. Les prurigineux se méfieront de l'eau et du savon, de plus ils pourront s'enduire soit de pommade, soit de lotion, soit de pâtes.

Parmi les lotions, nous citerons les bains qui ont souvent une action des plus heureuses, quoique l'amélioration ne soit le plus souvent que tout à fait passagère, les lésions revenant dès la sortie du bain. Les lotions à l'eau très chaude, à l'huile

de camomille à l'eau-de-vie camphrée ou même à l'alcool camphré, à l'acide salycilique en solution alcoolique, à l'éther sulfurique, au borax pur ou associé à l'alcool camphré ou à la glycérine, au bromure de potassium, au chloral camphré sont souvent employées. Mentionnons en outre, les lotions au thymol, à la jusquiame, à l'aconit, les badigeonnages au nitrate d'argent au 1/50, au 1/30, au 1/20, ou même au 1/10, lesquels ne sont guère applicables qu'aux prurits localisés, les lotions phéniquées au 1/200 ou au 1/100 et même au 1/50. Mais, comme le dit Brocq « quand on se sert de ces lotions et applications il faut faire grande attention aux susceptibilités cutanées du sujet. Souvent surtout quand on emploie l'acide phénique, le sublimé, le chloral...,on provoque des éruptions artificielles, et plus on continue les applications, plus on exaspère le mal. On voit alors tout se calmer en supprimant ces topiques et en se servant de simples poudres inertes. »

Tout aussi nombreuses que les lotions sont les pommades qui ont été employées. Brocq conseille une pâte à l'acide phénique au 1/100, avec ou sans menthol au 1/200 ou au 1/100 ; on l'incorpore au cold-cream frais ou à l'axonge fraîche, on épaissit avec de l'oxyde de zinc ou du kaolin. L'ichtyol, le thiol, le sapolan, le tuménol sont de bons antiprurigineux. Citons encore le glycerolé tartrique, les pommades au naphtol β au 1/10 ou au 1/20, au camphre, au cyanure de potassium à 1 pour 500.

Enfin outre ces pommades des emplâtres comme

l'emplâtre à l'huile de foie de morue pure ou phéniquée, les emplâtres à l'oxyde de zinc sont souvent employés.

Enfin l'auto-hémothérapie a souvent été utilisée avec succès.

Le nombre considérable de ces traitements montre que l'on est loin d'agir de façon constante sur le prurit ; aussi a t-on essayé l'action du bromure de strontium dans les cas de prurit, soit qu'il s'agisse de prurit localisé, soit qu'il s'agisse de prurit généralisé. Les résultats que nous avons obtenus sont variables ; toutefois et pour ainsi dire de façon constante, même dans les cas où la guérison complète n'a pas été obtenue, on a pourtant pu toujours noter une amélioration du syndrome prurigineux dès les premiers jours du traitement.

Voici maintenant quelques observations portant sur des prurits essentiels ne s'accompagnant d'aucune réaction cutanée, ayant le plus souvent résisté aux différents traitements employés antérieurement.

OBSERVATION I

Mme R..., 62 ans, cuisinière.

La malade vient consulter pour un prurit généralisé à tout le corps mais présentant des zones d'éxacerbation, particulièrement au niveau des membres supérieurs du thorax et du cou.

Au niveau des bras on note une eczématisation secondaire apparue depuis un an environ. Le prurit lui-même est apparu pour la première fois voilà trois ans puis a cédé au régime pour réapparaître six mois plus tard. La recherche du sucre dans les urines est négative ainsi que celle de l'albumine. On ne note aucun antécédent de spécificité et le B.-W. est négatif Le dosage de l'urée sanguine pratiqué, a donné le chiffre de 0 gr. 48. L'état général est bon, la malade paraît être d'un caractère nerveux.

C'est le 5 janvier 1927 qu'elle vient consulter pour la première fois dans le service. A cette époque elle fut soumise en premier lieu au traitement par l'auto-hémothérapie. Après une série de dix piqûres, on a pu noter une amélioration sensible. Le prurit en effet qui apparaissait par crises à prédominance nocturne gênant le sommeil a considérablement diminué, la malade déclare pouvoir à nouveau dormir.

Le 21 mars 1927, les lésions eczémateuses des bras persistant, la malade fut mise au traitement par le bromure de strontium à raison d'une injection quotidienne pour les cinq premières piqûres, puis d'une injection tous les deux jours pour les suivants. Dès la cinquième injection on nota une amélioration considérable tant du prurit que des lésions eczémateuses.

La sensation prurigineuse, presque entièrement disparue le prurit ne survenant plus qu'à raison d'une seule crise le soir, de courte durée et de peu d'intensité, de son côté la plaque eczémateuse a tendance à s'effacer, elle pâlit et sèche.

A la douzième injection, le prurit ainsi que la plaque eczémateuse ont complètement disparu. Le traitement est alors arrêté le malade étant guéri.

A noter que depuis cette époque aucune rechute ne s'est encore produite.

OBSERVATION II

M. V..., mécanicien, 41 ans.

Malade atteint depuis cinq ans d'un prurit localisé au nez, au cuir chevelu, au gland. Prurit ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation cutanée. Les poussées prurigineuses surviennent tous les quatre ou huit jours, séparées par des intervalles de rémission d'un mois environ. Le malade a déjà été soumis à de nombreux traitements.

Il y a deux ans il a reçu une série d'autohémothérapie sans grande amélioration. Depuis ce temps ne s'est traité qu'avec des lotions et pommades sans succès.

Ce malade fut mis au traitement par le bromure de strontium à raison d'une injection tous les deux jours.

Dès la deuxième injection le sommeil qui était devenu impossible par suite du prurit est réapparu. Les crises prurigineuses s'espacent et deviennent moins violentes. A la quatrième injection, le prurit du nez et du cuir chevelu a complètement disparu mais persiste au gland. Après la deuxième injection enfin, tout prurit a disparu ; le malade sort guéri.

OBSERVATION III

M. L..., Georges, 15 ans.

Malade atteint d'un prurit anal depuis un mois environ, survenant surtout le soir et la nuit empêchant tout sommeil. On ne note aucune autre lésion cutanée ; l'état général du malade laisse à désirer. Mis immédiatement au traitement

par le bromure de strontium on peut noter une légère amélioration après le seconde injection mais le prurit persiste pourtant. Soumis à un traitement plus énergique à raison d'une injection quotidienne les crises deviennent moins longues, s'espacent et diminuent d'intensité. On ne note qu'une plus seule crise crise la nuit.

Mais cette amélioration ne peut être maintenue et malgré la continuation du traitement, le prurit persiste, quoique moins intense et moins prolongé qu'au début de l'affection.

OBSERVATION IV

M. N..., 84 ans.

Prurit *sine materia* survenant à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit, montrant pourtant une prédilection marquée pour les crises nocturnes, empêchant tout sommeil. L'affection a débuté il y a environ six mois et n'a cédé à aucun des traitements jusqu'alors employés. L'analyse des urines ne dénote ni sucre ni albumine, la tension artérielle est normale, les réactions du Wassermann et de Hecht sont entièrement négatives. Au bout de quatre injections faites quotidiennement on peut noter une amélioration sensible, mais à ce moment le malade abandonne le traitement.

OBSERVATION V

Mme J... Marie, 78 ans.

Prurigo généralisé depuis un an. L'inspection dénote des lésions multiples au poignet, au coude, à la nuque, à l'abdomen ainsi qu'aux membres inférieurs. On note en outre une

adénopathie multiple, inguinale, axillaire et sous-claviculaire. Le prurit très marqué empêche tout sommeil et entraîne une légère atteinte de l'état général. La malade déclare avoir maigri de 5 kilogs depuis un an. A l'examen la rate facilement percutable sur trois travers de doigt est aussi palpable. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives.

L'examen du sang montre :

Hématies.	3.900.000
Leucocytes.	8.900
Hémoglobine	80 %
Valeur globulaire.	1

En outre, on note une anysocytose marquée.

Polynucléaires neutrophiles. .	18,5 %
— baso.	0,5 %
— éosino.	6 %
Mononucléaires grands. . .	5
— moyens. . .	40
— lymphocytes .	20

La biopsie d'un élément prurigineuse montre une infiltration de la couche superficielle avec de nombreux éosinophiles. Soumise en premier lieu, à la radiothérapie, la malade n'éprouva aucun soulagement. On entreprit ensuite le traitement par le cacodylate de soude en injections sous-cutanées à la dose totale de 12 grammes. Aucun résultat ne fut obtenu.

C'est alors que la malade fut mise au bromure de strontium à raison d'une injection par jour. A la cinquième piqûre on note une diminution marquée du prurit. A la sixième injection le prurit sensiblement amélioré permet le sommeil.

A la neuvième, le prurit a presque entièrement disparu. N'apparaissant plus qu'à raison d'une crise ou deux par jour, sans grande intensité. Cette amélioration se maintint par la suite mais malgré un traitement prolongé la guérison complète ne pu être atteinte.

OBSERVATION VI

Mme M... Blanche, 56 ans.

Malade atteinte d'un prurit vulvaire depuis six mois environ apparaissant par alternatives d'aggravation et de rémission survenant tous les huit jours environ. Localement on ne constate aucune lésion de lichenification, la partie atteinte apparaît rouge et d'aspect intertrigineuse. Antérieurement la malade avait été traitée par l'alcool, l'Inolyol, la nitrate d'argent sans succès. Soumise au traitement, une amélioration très marquée était apparue après la première injection quand la malade abandonne le traitement.

OBSERVATION VII

Mme S... Aurélie, 73 ans.

Malade atteinte de prurit généralisé surtout marqué à la portion supérieure du dos depuis six mois environ. Depuis dix ans la malade présente au-dessus du sein droit des lésions infiltrées hyperthératoniques disposées en tramées presque linéaires acuminées en clou. On note une légère poly-adénopathie, à prédominance axillaire. Les réactions du Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives dans le sang. Le dosage de l'urée sanguine donne o gr. 40 par litre.

Mise au traitement dès la première injection un mieux notable s'est produit, le prurit diminue, la malade peut dormir, à la huitième, le prurit a presque complètement disparu, à ce moment la malade abandonne le traitement.

Les observations précédentes montrent que les résultats obtenus par la bromothérapie au cours des prurits essentiels sont satisfaisants. Qu'il s'agisse de prurit généralisé ou de prurit localisé, que la lésion soit d'origine récente ou remonte au contraire à plusieurs mois, nous avons toujours obtenu des résultats.

Certes ceux-ci ne sont pas tous aussi favorables les uns que les autres. C'est ainsi que dans notre statistique générale, sur 13 cas de prurits traités, nous n'avons noté que trois guérisons complètes. Par contre, les améliorations très sensibles se chiffrent par sept : amélioration considérable telle que le malade puisse dormir et ne soit sujet qu'au plus à une seule attaque de prurit par jour.

Mais d'autre part, dans 3 autres cas, le traitement est resté absolument sans résultats et les malades n'ont nullement été améliorés. Ce sont là des cas rares. Le plus souvent, c'est une amélioration considérable que l'on constate, la guérison complète étant plus rare.

Quoi qu'il en soit, malgré des échecs, malgré la difficulté que l'on a à obtenir une guérison complète du syndrome prurigineux, les améliorations obte-

nues par le traitement en font une méthode thérapeutique très utile, d'autant que dans tous les cas par nous étudiés c'est seulement la bromothérapie qui était employée à l'exclusion complète de toute autre thérapeutique externe ou interne.

Tableau récapitulatif des résultats obtenus dans diverses dermatoses prurigineuses par la bromothérapie intraveineuse

Dermatoses	Guérison	Amélioration considérable	Amélioration légère	Echecs	Abandon	Total
Eczéma aigu.....	21	8	4	1	1	35
Eczéma chronique....	5	2	2	4	2	15
Urticaire		1	3	2	2	8
Prurit généralisé.....	2	4	1	2		9
Prurit localisé	1	3	2			6
Lichen	3	2	1			6
						79

CONCLUSIONS

Lebedief le premier en 1924 attira l'attention sur les bons résultats qu'il avait obtenu dans le traitement de diverses dermatoses prurigineuses telles que l'eczéma aigu ou chronique, le prurit essentiel, le lichen plan, l'urticaire, par les injections intraveineuses de bromure de sodium à 10 %.

A sa suite de nombreux auteurs à l'étranger, au premier rang desquels il faut citer Wolff, Hartmann et Roques, Grassheim, Matusis entreprirent la même thérapeutique et confirmèrent les résultats obtenus par cet auteur.

A notre tour, nous avons employé depuis plusieurs mois à la Clinique du Professeur Jeanselme le traitement des dermatoses prurigineuses par la bromothérapie intraveineuse.

En premier lieu nous nous sommes adressés au bromure de potassium, puis au bromure de sodium pour nous fixer enfin au bromure de strontium parce que c'est avec ce dernier corps que nous avons obtenu les meilleurs résultats.

Nous avons donc employé une solution de bromure de strontium à 10 %, les injections de 10 centimètres cubes, étant répétées tous les jours ou

tous les deux jours. Cette médication pouvant sans inconvénient, être prolongée fort longtemps, aucun incident de bromisme n'ayant jamais été rencontré.

Les résultats obtenus par nous, grâce à cette thérapeutique nouvelle sont les suivants :

I. — De toutes les dermatoses étudiées par nous, c'est sans contredit *l'eczéma aigu* qui réagit le plus rapidement et le plus fidèlement à la bromothérapie intraveineuse. Sur un total de 35 cas nous trouvons en effet 21 guérisons et 8 améliorations considérables. Nous n'avons enregistré qu'un seul échec.

II. — Dans *l'eczéma chronique*, les résultats sont moins satisfaisants sur 15 cas soumis au traitement, nous n'avons obtenu que 5 guérisons et deux améliorations considérables. La proportion des succès est donc ici bien moindre que dans les formes aiguës.

III. — Dans *l'urticaire*, le médicament semble avoir peu d'action. Sur 8 cas traités aucune guérison complète n'a été obtenue et nous n'avons noté qu'une amélioration considérable ; 3 autres cas se sont légèrement améliorés sans que nous puissions encore affirmer que cette amélioration sera définitive.

IV. — Les *prurits sine materia* réagissent bien à la bromothérapie intraveineuse. Sur 18 cas traités,

qu'il s'agisse de prurit généralisé ou localisé, la guérison complète est survenue dans 3 cas, mais une amélioration considérable a été obtenue dans 7 autres cas sans que pour cela le prurit soit complètement disparu.

V. — Le *lichen plan* paraît réagir assez fidèlement à la bromothérapie. Nous n'avons encore qu'un nombre assez restreint d'observations. Toutefois, sur 6 cas traités nous relevons trois guérisons complètes et deux améliorations considérables.

Comment agit la bromothérapie ? Il est encore difficile de répondre définitivement à cette question. Le bromure exerce-t-il une action sédative sur le système nerveux central ou diminue-t-il la faculté qu'a la peau de réagir par une inflammation locale à un agent nuisible ? Ou bien encore s'agit-il d'un métabolisme chimique, le bromure prenant la place du chlorure ? Ou bien s'agit-il d'un choc hémoclasique ? Ce ne sont encore là que des hypothèses auxquelles nous ne saurions donner une confirmation absolue, et où nous n'osons prendre encore définitivement parti.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru intéressant de fournir un travail sur ce nouveau traitement des dermatoses prurigineuses, car d'une part il met au point différents résultats déjà publiés par d'autres auteurs, les complète et montre que les succès obtenus par les injections intraveineuses de bromure de strontium au cours des dermatoses pruri-

gineuses diverses, méritent de faire entrer ce nouveau mode de traitement dans l'arsenal thérapeutique de la clinique dermatologique.

Vu : le Président de la thèse,
E. JEANSELME.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Aoki Taiyu. — Treatment of eczema with bromide (Japon. Journal of dermatol. a. urol. Bd. 27, n° 1, 1927).

Bachelin. — Cryothérapie en dermatologie par le procédé du mélange neigeux en application directe. Th. Paris, 1926.

Balzer. — Lichen plan généralisé circiné (Bulletin Soc. dermatol., 1914, p. 320).

Besnier. — Lichen plan typique débutant par le verge (Réunion clinique de l'hôpital Saint-Louis).

Brocq. — Lichen plan des muqueuses et leucoplasies (Presse médicale, 28 mai 1919, p. 277).

— Précis de dermatologie.

Burnier. — Les injections bromurées intraveineuses dans le traitement des eczémas et des dermatoses prurigineuses (Bulletin soc. dermat. et syphil., 10 nov. 1927).

Burnier et Demoly. — Ibid. (Journal de médecine et Chirurgie pratique, févr. 1928).

Clément Simon. — Deux cas d'urticaire traités par l'iodure de potassium (Bullet. de Soc. de dermat. Paris, 1925).

Coirre. — Recherche sur la localisation et le neurotropisme du Brome. Th. Paris, 1921.

Corisa. — Brome intraveineux (Acta dermo. Sifllogr. Ig 17, n° 2, 1925).

Crocker. — Diseas. of the skin, 1903, t. I, p. 385.

— Lichen Planus, its variations, relations, and irritations (British journal of dermatol., 1900, p. 420).

— Lichen planus. Id., 1907, p. 251.

Deruas. — Radiothérapie dans le lichen plan. Th. Paris, 1926, t. XV.

Deselaers. — Intravenöse Bromtherapie (Dermatolog. Wochenschr. Bd 83, n° 31, 1926),

Fauvet. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie et particulièrement dans la furonculose. Th, Paris, 1922,

Felugo (*Carlo*). — Sulla cura endovenosa di talune dermatosi mediante i brömuri. Nota di terapeia (Giorn. ital. di dermatol. e sifilol. Bd. 66, H 3, 1925).

Flandin. — L'urticaire (Revue de derm.et vénéorol, Paris, 1926).

Fournier. — Traitement du psoriasis par les cacodylates. Th. Paris, 1877.

Hartmann et Roques. — Bromostrontiuran, ein Mittel zur Bekämpfung juckender Hauterkrankungen (Münch. med. Woch., 1926, n° 44, p. 1841).

Herxheimer (*Karl*). — Dermatologischen Universität Klinick-Franckfurt.

Hidaka (*Seiichi*). — Indications de la bromothérapie intraveineuse en dermatologie (Journal of oriental med. Bd. 4, n° 3, 1926).

Hodara, Menahem et Gassin. — Ein Fall von prämycotischen Erythem etc.., Behandlung mit intravenösen Bromnatriuminjektionen (Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, n° 38, 1925).

Hübschmann (*Karel*). — Ein weiterer Beitrag zu der intravenösen Bromtherapie (Dermatolog. Wochenschrifft Bd. 80, n° 24, 1925).

— Zur Ætiologie und Therapie des Ekzems. Casopis le karno ceskych. Ig. 64, n° 7, 1925)

Kaufman (*Raphael*). — Zur Behandlung von Dermatosen mit intravenösen Bromcalcium. Injektionen (Zentralbl. für Haut, und Geschl. Bd, 19, 1926).

Kharchanowski. — Journal russe de dermatologie, 1925.

Lebedie. — Ein neues Verfahren zur Ekzembehandlung (Dermat. Woch., 1924, n° 35, p. 1003).

Löwenfeld (W.). — Intravenöse Ekzembehandlung mit Bromglykose (Med. klinik. T. 21, n° 40, 1925).

Mankowski Aureli-Boguslaw. — Contribution à l'étude des traitements des dermatoses par les injections de sels de bromure (Polska gazeta lekaeska, T. 4, n° 24, 1925).

Matusis (J.). — Sur le traitement des eczémas par la Bromothérapie intraveineuse (Russki vestnik dermatologie, T. 3, n° 5, 1923).

Minami Jergo. — Ueber die Ekzemtherapie mit Bromstrontium. Glucose nach Lowenfeld (Japon. Journ. of dermatol. a urol. T. 26, n° 4, 1926).

Missurliu. — Considération sur l'emploi de l'hyposulfite de soude en dermatologie. Thèse Paris, 1922.

Morhardt. — La pharmacologie du strontium (Gaz. hebd. de Sc. médic. de Bordeaux, 1925).

Nagell Hermann. — Zur Frage der intravenösen Bromtherapie bei Ekzemen (Münch med. Wochenschr. T. 72, n° 47, 1925).

Purat. — Contribution à l'étude du traitement de la névrodermite circonscrite chronique. Th. Paris, 1919.

Ravaut. — Traitement de l'urticaire (Presse médicale, 19 février 1921).

Ravaut, Bath et Dacourtioux. — Action de l'insuline sur l'évolution du psoriasis (Bull. de la Société de dermatol. Paris, 1925).

Robin. — Traité de thérapeutique.

Sabouraud. — Traitement int du psoriasis (Presse Médicale, 21 janvier 1920).

Sézary. — Le traitement du prurit par la médication neurosédative et en particulier par la bromothérapie intraveineuse (Bulletin médical, 31 décembre 1927).

Sézary et Benoist. — Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de Lebedief (Bull. de la Soc. méd. des Hôp., 5 janv. 1928).

Sheepe (F. L.). — Bromnatrium in der Dermatologie (Geneesk. tydschr. v. Nederlandsch Indic. T. 65, ann. 1925).

Sollemann. — Précis de pharmacologie.

Stefanoff Wlad. — Sur la Bromothérapie intraveineuse en dermatologie (Letopissi na. lekur sajus. T. 19, H_2, 1926).

Tardif. — Le lichen de Wilson. Th. Paris, 1926.

Tonian (B.) — Versuch der Behandlung einiger Hautkraukheiten mit intravenösen Einspritzungen von Bromnatrium (Russki vestnick dermatologie. T. 3, nº 7, 1925).

Traille. — Le lichen de Wilson des organes génitaux de l'homme. Th. Paris, 1924).

Urban Ferencg. — Intravenöse Bromtherapie bei Hautentzün dungen (Borgyohyasgati urol. es veneorol. scemle. T. 4, nº 6, 1926).

Vortanjanz (S.). — Sur le traitement de quelques maladies de la peau par les injections intraveineuses de bromure (Russkij vestnick dermatologie. T. 4, nº 8, 1926).

Veynières. — Traitement du psoriasis (Monde médical. Paris, 1924).

Walter et Rosendorff. — Die Behandlung juckender Hanterkrankungen mit Bromostrontiuran (Deut. med. Woch., 1928, nº 4).

Wolff (C.). — Zur intravenösen Bromtherapie bei Hautkrankheiten (Dermatolog. Wochenschr. Bd. 80, nº 4, 1925).

Wolpjan. — Sur le traitement des eczémas et quelques autres dermatoses par les injections de bromure (Vracebnoi delo. T. 8, nos 22-23, 1925).

8170. — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine Paris — 3-192